

表三、陪伴紀錄單(範例)(受訪人/房號：_____) 申請單編號(由機構填寫)：_____

日期	當日體溫	當日健康狀況	最近 14 日內				簽名
			就醫	旅遊史	群聚史	接觸史	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	

日期	當日體溫	當日健康狀況	最近 14 日內				簽名
			就醫	旅遊史	群聚史	接觸史	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	
	_____°C	<input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明：	

*呼吸道症狀包括:流鼻水、鼻塞、咳嗽、呼吸困難等